

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA OPERASI
DI RUANG EDELWEIS RSUD PROF. DR.W.Z. JOHANNES KUPANG



INGGRID NAPAN NATUN

PO.530320115025

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA OPERASI DI RUANG EDELWEIS RSUD PROF. W.Z.JOHANNES KUPANG

**Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan Pada Prodi D-III Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkkes Kupang**



INGGRID NAPAN NATUN

PO.530320115025

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D III KEPERAWATAN

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

NAMA : Ingrid Napa Natun

NIM : P0.530320115025

PROGRAM STUDI : D-III KEPERAWATAN

INSTITUSI : POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah merupakan benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Kupang, 09 juli 2018

Pembuat Pernyataan



Ingrid Napa Natun

NIM : PO. 5303 2011 5025

Mengetahui

Pembimbing



Natalia Debi Subani S.Kep. M.Kes

NIP. 198012252002122002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Inggrit Napa Natun NIM PO. 530320115025 Dengan Judul Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Ny. M dengan Infeksi Luka Operasi (ILO) Di Rungan Edelweis 2 RSUD. Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 25-28 Juli 2018 telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pada tanggal 06 juli 2018

Mengetahui

Pembimbing


Natalia Debi Subani S.Kep, M.Kes
NIP. 198012252002122002

LEMBAR PENGESAHAN


Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Inggrit Napa Natun NIM PO. 530320115025 Dengan Judul "Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Ny. M Dengan Infeksi Luka Operasi (ILO) Di Rungan Edelweis 2 RSUD. Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 09 Juli 2018.

Dewan penguji

Penguji 1


Yuliana Dafroyati, S.Kep, Ns, MSc
NIP. 197202181997032001

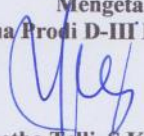
Penguji II


Natalia Debi Subani S.Kep, M.Kes
NIP. 198012252002122002

Mengetahui
Ketua Jurusan Keperawatan


M. Margaretha U.W., SKp., MHSc
NIP : 195602171986032001

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Telli, S.Kep, Ns., MSc-PH
NIP : 19770727202000032002

BIODATA PENULIS

Nama : Inggrid Napan Natun

Tempat/tanggal lahir : Kupang, 23 September 1992

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Gmit Manulai II, Tahun 2004

2. Tamat SMPN. 15 Kupang, Tahun 2007

3. Tamat SMAK. 1 Kupang, Tahun 2010

4. Sejak Tahun 2015 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik

Kesehatan Kementrian Kupang

“MOTTO”

“Orang yang sabar akan menuai keberhasilan”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur patut saya haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA OPERASI DI RUANG EDELWEIS RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG” dapat diselesaikan.

Karya Tulis Ilmiah ini dapat disusun walau dalam waktu yang singkat berkat dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, saya perlu menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Natalia Debi Subani. S.Kep, M.Kes selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Yuliana Dafroyati. S.Kep Ns. MSc selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu M. Margaretha U.W. SKp. MHSc selaku ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang
4. Ibu Margareta Telli S.Kep.Ns.MSc-PH selaku ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang
5. Dosen Keperawatan Kupang yang telah banyak membimbing selama masa perkuliahan, serta karyawan/i yang juga telah banyak membantu

6. Ibu Ragu Harming Kristina SKM. Mkes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang dan Drs. Jefrin Sambara. Apt, Msi selaku mantan Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang
7. Orang tua tercinta dan saudara- saudara saya yang telah susah payah membesarkan dan mendidik saya serta memberi dukunga moril maupun perhatian.
8. Teman- teman GNA angkatan 24 yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada saya
9. Sahabat –sahabat saya Yuni Daiman, Puspa Saudale, Juliet Pitay, Minartha Laulei yang selalu memberikan dukungan dan bantuan untuk saya selama ini, juga ucapan terimakasih kepada teman seperjuangan di ruangan edelweis Sandra Neno dan Olni Taosu yang selalu membantu dan memberi semangat.
10. Ucapan terimakasih kepada Ambros Lebu yang selalu setia menemani dan membantu saya dalam proses pembuatan laporan ini

Semoga segala bantuan dan amal bakti kita semua diberkati oleh Tuhan Yang Maha Kuasa. Saya selaku penulis Karya Tulis Ilmiah ini menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga segala saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

INGGRID NAPAN NATUN : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA OPERASI DI RUANGAN EDELWEIS RSUD. PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG

DIBIMBING OLEH

NATALIA. DEBI. SUBANI Skep. Mkes

Infeksi luka operasi merupakan infeksi yang ada pada tempat operasi dan merupakan infeksi dimana organisme patogen berkembang di suatu luka yang menyebabkan tanda dan gejala lokal seperti adanya panas, kemerahan, nyeri, pembengkakan, dan terdapat pus disekitar luka operasi dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi.

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien infeksi luka operasi meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode yang digunakan yaitu metode wawancara dengan pendekatan study kasus yang dilakukan di ruang Edelweis RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. Lama penelitian 4 hari, waktu dimulainya penelitian sejak tanggal 25 juni 2018 sampai dengan 28 juni 2018. Subyek penelitian pasien dengan infeksi luka operasi ini adalah Ny.M dengan tehnik wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh serta dokumentasi.

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam didapatkan pasien nyerinya berkurang, luka tampak bersih, dan pasien nampak bersih dan bebas bau badan. Masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi, kerusakan integritas kulit dan deficit perawatan diri teratasi.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Infeksi Luka Operasi

DAFTAR ISI

JUDUL	HALAMAN
Halaman Judul	I
Pernyataan Keaslian Tulisan	II
Lembar Persetujuan	III
Lembar Pengesahan	IV
Biodata Penulis	V
Kata Pengantar	VI
Daftar Isi	VII
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.2.1 Tujuan Umum	2
1.2.2 Tujuan Khusus	2
1.3 Manfaat Penelitian	2
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	3
2.1 Konsep Infeksi Luka Operasi	3
2.1.1 Pengertian Infeksi Luka Operasi	3
2.1.2 Penyebab Infeksi Luka Operasi	3
2.1.3 Patofisiologi	3
2.1.4 Tanda dan Gejala Infeksi Luka Operasi	4
2.1.5 Klasifikasi Resiko Infeksi Luka Operasi	5
2.1.6 Faktor Resiko Infeksi Luka Operasi	5
2.1.7 Pencegahan Infeksi Luka Operasi	7
2.1.8 Teknik Pencegahan Kontaminasi di Ruang Pembedahan	8
2.1.9 Penatalaksanaan Infeksi Luka Operasi	9
2.1.10 Pathway Infeksi Luka Operasi	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Infeksi Luka Operasi	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	11
2.2.3 Intervensi Keperawatan	11

2.2.4 Implementasi Keperawatan	14
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	14
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	15
3.1 Hasil Studi Kasus	15
3.1.1 Pengkajian	15
3.1.2 Diagnosa keperawatan ..	17
3.1.3 Rencana Keperawatan	17
3.1.4 Implementasi Keperawatan	19
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	21
3.2 Pembahasan	23
3.2.1 Pengkajian	23
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	24
3.2.3 Intervensi Keperawatan	25
3.2.4 Implementasi Keperawatan	27
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	28
3.3 Keterbatasan Penulis	29
BAB 4 PENUTUP	30
4.1 Kesimpulan	30
4.2 Saran	30
4.2.1 Bagi Perawat Ruangan	30
4.2.2 Bagi Pasien Dan Keluarga	30

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi luka operasi merupakan hal yang paling mungkin terjadi karena pembedahan merupakan tindakan yang dengan sengaja membuat luka pada jaringan dan merupakan suatu tempat jalan masuknya bakteri. Infeksi luka operasi merupakan salah satu komplikasi utama operasi yang meningkatkan morbiditas dan biaya penderita di rumah sakit, bahkan meningkatkan mortalitas penderita. (Hidayat NN, 2009).

Penyebab infeksi luka operasi yaitu mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, dan fungi yang mengkontaminasi daerah luka pada saat berlangsungnya operasi atau sesudah operasi saat pasien berada di rumah sakit. Penyebab lainnya yaitu tingkat sterilisasi tenaga kesehatan yang rendah, peralatan medis dan ruang bedah yang kurang steril juga dapat menjadi penyebab infeksi luka operasi, selain itu juga daya tahan tubuh dari pasiaen juga memicu masuknya bakteri dalam tempat pembedahan. (Brunner dkk, 2001).

Menurut WHO 2015 angka kejadian atau angka morbiditas pada infeksi luka operasi di dunia berkisar sekitar 14,16% sedangkan menurut Depkes RI 2016 angka kejadian infeksi luka operasi pada rumah sakit pemerintah di Indonesia berkisar sekitar 1,14 %.

Infeksi luka operasi merupakan salah satu masalah utama dalam praktek pembedahan dan infeksi ini akan menghambat proses penyembuhan luka sehingga menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas bertambah besar yang menyebabkan lamanya hari perawatan di rumah sakit. Lamanya hari perawatan di rumah sakit disebabkan karena beberapa faktor, yaitu faktor ekstrinsik dan instrinsik. Faktor ekstrinsik terdiri dari pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat, tehnik operasi, obat-obatan dan perawatan luka sedangkan faktor instrinsik terdiri dari usia, gangguan sirkulasi dan penyakit penyerta lainnya.

Tingginya angka kejadian morbiditas dan mortalitas pada penyakit infeksi luka operasi, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian terhadap penyakit infeksi luka operasi dan berharap dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien infeksi luka operasi.

Dalam hal ini perawat harus dituntut bertanggung jawab menjaga keselamatan pasien di rumah sakit, salah satunya yaitu dengan mengurangi angka kejadian dan kematian pada penyakit infeksi luka operasi.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan infeksi luka operasi

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan infeksi luka operasi
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan infeksi luka operasi
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien infeksi luka operasi
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien infeksi luka operasi
- e. Mampu melakukan evaluasi kepada pasien infeksi luka operasi

1.3 Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Dapat memanfaatkan hasil study kasus dalam bidang kebutuhan dasar manusia dengan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien infeksi luka operasi

2. Bagi Institusi

Sebagai bahan atau referensi dalam penelitian selanjutnya

3. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan saran untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan khususnya dalam keperawatan ginekologi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Infeksi Luka Operasi

2.1.1 Pengertian Infeksi Luka Operasi

Infeksi luka operasi merupakan infeksi yang ada pada tempat operasi dan merupakan infeksi dimana organisme patogen berkembang disuatu luka yang menyebabkan tanda dan gejala lokal seperti adanya panas, kemerahan, nyeri, bengkak dan terdapatnya pus disekitar luka operasi dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi (Brunner,dkk 2001).

Pasien yang mengalami infeksi luka pembedahan mungkin membutuhkan perawatan dirumah sakit lebih lama dengan terapi antibiotik, perawatan luka dan kadang perbaikan pembedahan. Konsekuensinya dapat menyebabkan depresi, rasa tidak nyaman dan meningkatkan risiko infeksi lain seperti pneumonia atau infeksi aliran darah. Selain itu pasien dapat mengalami kekhawatiran karena penundaan kembalinya aktivitas normal dan pekerjaan.

2.1.2 Penyebab Infeksi Luka Operasi

Infeksi luka operasi dapat disebabkan oleh setiap mikroorganisme patogen (bakteri, virus, fungi dan protozoa). Sering juga disebabkan oleh bakteri yang berasal dari pasien itu sendiri.Selain itu juga pasien rawat inap sering mendapatkan bakteri dirumah sakit yaitu pseudomonas sp. Bakteri ini juga bisa berasal dari pasien lain melaui petugas rumah sakit, kontak tidak langsung menyebar melalui tangan petugas rumah sakit yang memegang pasien,juga ruang perawatan dan peralatan medis yang tidak steril juga dapat menyebabkan terjadinya infeksi pada pasien.(Brunner dkk, 2001)

2.1.3 Patofisiologi

Kemungkinan terjadinya infeksi pada luka operasi karena masuknya bakteri ke dalam luka operasi pada saat pembedahan . Disamping itu juga bisa disebabkan oleh perawatan medis atau ruang bedah yang kurang steril serta daya tahan tubuh yang lemah dari pasien itu sendiri. Pada saat bakteri masuk kedalam luka akan terjadi

infeksi pada luka yang ditandai dengan beberapa gejala yaitu munculnya kemerahan, bengkak, nanah /pus pada luka operasi dan juga akan terasa nyeri yang hebat pada luka operasi(Barbara dan Billie, 2005)

2.1.4 Tanda dan gejala Infeksi luka operasi (Yudhityasarati,2007)

a. Calor (panas)

Biasanya pada daerah peradangan pada kulit akan menjadi lebih panas dari sekelilingnya sebab terdapat lebih banyak darah yang disalurkan ke area yang terkena infeksi atau fenomena panas lokal karena jaringan tersebut sudah mempunyai suhu inti dan hiperemia lokal tidak menimbulkan perubahan

b. Dolor (sakit/nyeri)

Dolor dapat ditimbulkan oleh perubahan pH lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu dapat merangsang ujung syaraf

c. Rubor (kemerahan)

Merupakan hal pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan , waktu reaksi peradangan mulai timbul maka arteriol yang mensuplay daerah tersebut melebar, dengan demikian lebih banyak darah yang mengalir kedalam mikro sirkulasi lokal

d. Tumor (pembengkakan)

Pembengkakan yang ditimbulkan oleh karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan interstisial campuran cairan dan sel-sel secara superficial bagian yang bengkak dan sakit

e. Perubahan fungsi (functiolaesa)

Perubahan fungsi secara superficial bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan dalam menjalankan fungsi normalnya.

2.1.5 Klasifikasi Infeksi luka operasi

Menurut (Brunner,dkk 2001) Luka operasi terbagi berdasarkan kontaminasi bakterinya:

1. Luka operasi bersih

Luka operasi bersih adalah luka yang tidak terinfeksi dimana tidak terdapat inflamasi dan dimana saluran pernafasan, pencernaan, dan genitalia tidak dibuka selama operasi. Biasanya luka operasi bersih tertutup dan didrainase dengan drainase tertutup.

2. Luka operasi bersih terkontaminasi

Luka operasi bersih terkontaminasi adalah luka operasi dimana saluran pernafasan, pencernaan, kemih atau genitalia dibuka selama operasi dan tanpa kontaminasi. Biasanya operasi usus buntu, saluran empedu, vagina dan orofaring tanpa ada tanda infeksi dalam kategori ini.

3. Luka operasi terkontaminasi

Luka operasi terkontaminasi adalah luka yang tidak terdapat tanda infeksi tetapi terdapat kontaminasi karena saluran pernafasan, pencernaan dan genitalia dibuka selama operasi.

4. Luka operasi kotor atau terinfeksi

Luka operasi kotor atau terinfeksi adalah luka operasi dimana luka terinfeksi akibat luka traumatis yang lama yang terjadi di daerah operasi atau keadaan klinis seperti perforasi atau abses. Infeksi yang terjadi pada kategori ini disebabkan oleh mikroorganisme yang terdapat dalam tubuh pasien sebelum tindakan operasi

2.1.6 . Faktor Resiko Infeksi Luka Operasi

Meurut (Delay,2005) faktor resiko infeksi luka operasi terdiri dari:

a. Lama perawatan praoperatif

Pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit sebelum dilakukannya tindakan pembedahan akan berisiko meningkatkan angka infeksi lebih dari dua kali lipat untuk setiap minggu perawatannya sehingga pada saat ini sebagian besar pasien yang menjalani pembedahan akan dimasukkan ke rumah sakit pada pagi hari pembedahan atau satu hari sebelum dilakukannya pembedahan. Hal ini dapat

menurunkan kemungkinan terjadinya perpindahan oleh bakteri nosokomial dan risiko infeksi

b. Usia

Usia lanjut juga sangat mempengaruhi risiko terjadinya infeksi karena terdapat banyaknya perubahan struktural dan fungsional yang menyebabkan kulit dan jaringan subkutis rentan terhadap infeksi.

c. Penyakit yang mendasari

Pasien dengan diabetes melitus terjadi hambatan terhadap sekresi insulin yang akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel akibatnya akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh yang berakibat rentan terhadap infeksi

d. Nutrisi

Kondisi gizi buruk atau nutrisi yang tidak adekuat dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi, demam dan juga penyembuhan luka yang lama

e. Keahlian Pembedahan

Keahlian dan tehnik pembedahan dapat mempengaruhi kemungkinan terjadinya infeksi pada pasien. Banyak faktor yang memengaruhi ukuran bakteri inokulum berada di bawah pengendalian ahli bedah. Selain itu usaha untuk memperkecil pengeluaran darah dan untuk mempertahankan volume, perfusi jaringan, dan oksigenasi jaringan seyogyanya menghindarkan pasien dari syok. Tindakan tersebut menurunkan kemungkinan syok dan risiko timbulnya infeksi

f. Lama Prosedur Operasi

Pada umumnya, tiap tambahan jam operasi akan meningkatkan angka infeksi menjadi dua kali lipat. Shapiro dkk, mengatakan adanya hubungan peningkatan jangka waktu suatu operasi dan penurunan efek profilaksis antibiotika untuk pencegahan infeksi pada luka operasi. Manfaat profilaksis antibiotika pada operasi berlangsung 1 jam telah hilang pada operasi yang lama dan berlangsung lebih dari 3 jam.

g. Keadaan luka pada saat penutupan

Keadaan luka pada saat penutupan luka operasi juga merupakan penentu utama infeksi luka operasi.

h. Benda asing

Adanya benda asing pada luka juga berkaitan dengan tingginya angka infeksi. Secara spesifik, pemakaian drain untuk mendorong evakuasi darah, pus dan cairan tubuh dari tempat operasi sebagai usaha untuk mengurangi risiko infeksi mungkin malah menimbulkan efek yang sebaliknya.

2.1.7 Pencegahan Infeksi Luka Operasi (Barbara dan Billie, 2005)

a. Fase prabedah

Pada fase ini dilakukan persiapan pasien untuk pembedahan, persiapan pasien bedah terdiri dari mandi atau membersihkan tubuh, mencukur rambut yang berada pada area operasi, pada pencukuran rambut harus dilakukan dengan sebaik-baiknya untuk menghilangkan rambut disekitar area operasi. Hal ini dimaksudkan untuk menurunkan insiden pada adanya luka kecil pada kulit yang akan menurunkan potensi infeksi pada luka selanjutnya. Pada saat pembedahan, kulit harus dibersihkan dengan cairan antiseptik diberikan pada daerah tersebut sebelum melakukan pembedahan.

Persiapan untuk tenaga kesehatan juga harus diperhatikan yaitu menggunakan pakaian operasi yang steril, menggunakan alas kaki khusus pada ruang operasi dan masker steril, mencuci tangan sebelum melakukan tindakan operasi. Selain itu juga antibiotik profilaksis juga harus diberikan sebelum pembedahan, tujuannya yaitu untuk menekan pertumbuhan organisme yang mungkin masuk pada luka saat pembedahan.

b. Fase intrabedah

Fase intrabedah terdiri dari menggunakan incise drapes yang merupakan film perekat untuk menutupi kulit di lokasi sayatan, tujuannya untuk mencegah perpindahan kuman masuk ke dalam area insisi. Memberikan antiseptik ke area operasi dan mempertahankan homeostasis atau keseimbangan pasien dengan

mempertahankan oksigen, perfusi, gula darah dan temperatur tubuh pasien, melakukan irigasi luka, memberikan antiseptik dan antibiotik topikal pada luka insisi sebelum penutupan luka dan memilih penutupan luka yang tepat dan membalut luka operasi.

c. Fase pasca operasi

pada fase ini perawat harus mengganti pembalut dengan teknik aseptik, membersihkan luka operasi dengan steril saline solution sampai 48 jam setelah operasi, memberikan antiseptik klorheksidin dan povidon iodine pada luka dan melakukan debridement atau membuang jaringan nekrotik.

2.1.8 Teknik Perlindungan Untuk Mencegah Kontaminasi di Ruang Pembedahan (Iwan,2008)

a. Baju bedah dan duk

Baju bedah dan duk yang diletakkan diantara area steril dan nonsteril lapangan operasi dan tim operasi berfungsi untuk mencegah penularan bakteri dari area nonsteril ke area steril.

b. Penutup kepala

Reservoir potensial lain untuk infeksi luka pascaoperatif adalah rambut petugas. Walaupun rambut jarang disangka sebagai reservoir, dilaporkan adanya dua kasus yang disebabkan oleh *S. Aureus* yang masing-masing ditemukan pada rambut seorang dokter dan seorang perawat. walaupun pemakaian penutup kepala mungkin sesuai untuk mencegah rambut jatuh ke area operasi, namun keefektifan pelindung semacam itu berkaitan dengan kemampuannya menutupi semua rambut dan kulit kepala.

c. Sarung tangan

Sarung tangan bedah yang digunakan oleh semua anggota tim bedah memiliki fungsi ganda yaitu melindungi pasien dari tangan anggota tim bedah yang terkontaminasi, dan melindungi tim dari darah dan cairan tubuh lain yang mungkin terkontaminasi.

d. Masker

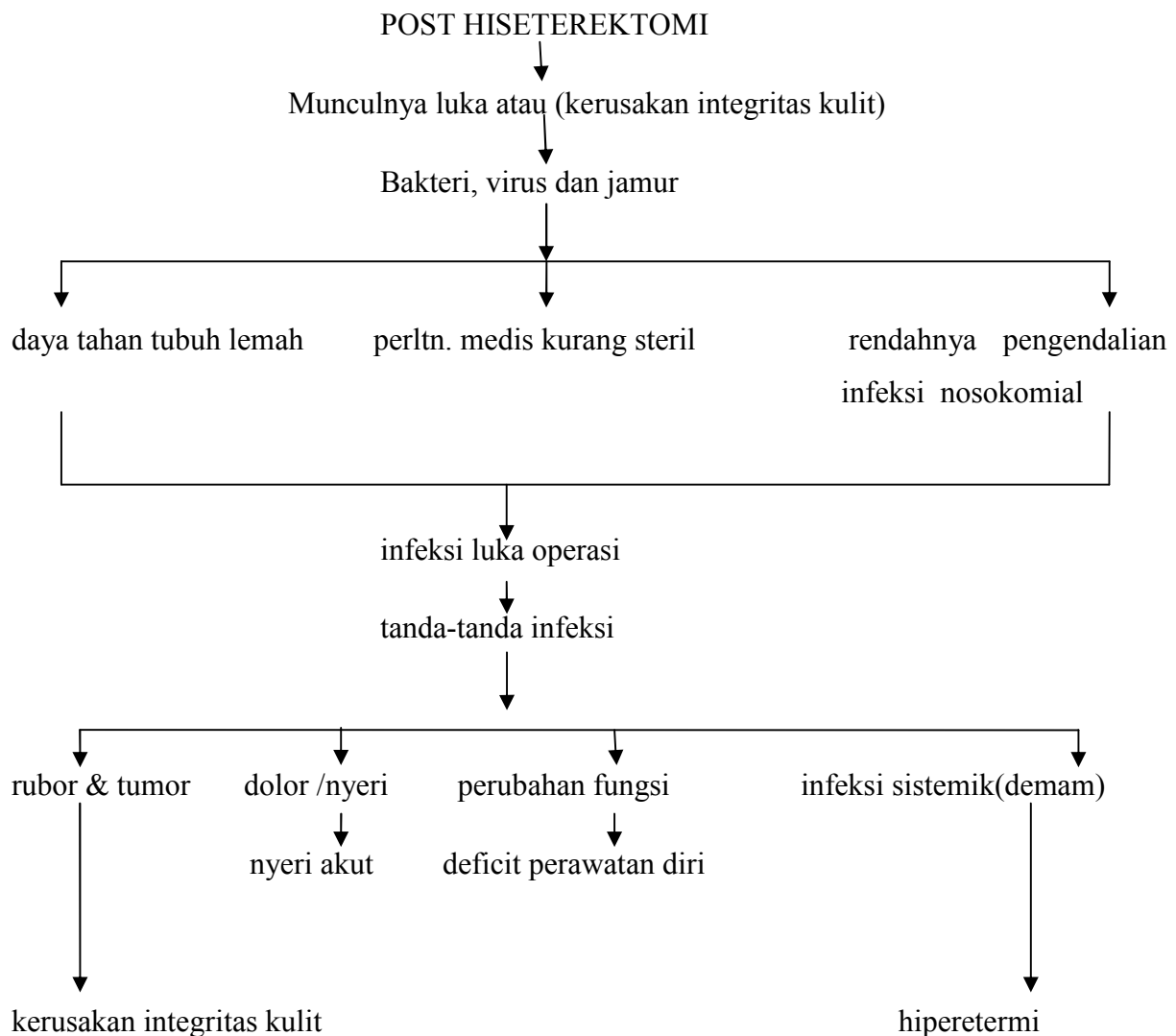
Penutup wajah atau masker digunakan di ruang operasi karena sampai 40% petugas bedah memiliki *S. aureus* di rongga hidung dan mulut mereka. Dengan demikian

percikan liur yang keluar dapat memindahkan bakteri ke pasien, terutama pada saat tim anggota sering berbicara.

2.1.9 Penatalaksanaan Infeksi Luka Operasi

Penatalaksanaan infeksi luka operasi tergantung jenis luka yang dialaminya. Penatalaksanaan infeksi luka operasi superfisial adalah dengan membuka jahitan pada luka, mendrainase pus, membuang jaringan yang sudah mati dan dibalut dengan kassa yang steril. Penatalaksanaan infeksi luka dalam dapat dilakukan dengan drainase perkutan jika tidak ditemukannya sumber infeksi yang berkelanjutan seperti perforasi atau pecahnya saluran pencernaan.

2.1.10 Pathway Infeksi Luka Operasi



2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Infeksi Luka Operasi (Potter dan Perry, 2005)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada infeksi luka operasi yaitu:

a. Identitas pasien

Identitas pasien menyangkut nama, tanggal lahir, tempat tinggal, umur, jenis kelamin

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien dengan infeksi luka operasi biasanya terdapat tanda-tanda infeksi pada pasien yaitu adanya rasa nyeri, kemerahan, tumor/pembengkakan, panas dan juga demam

c. Riwayat kesehatan saat ini

Riwayat penyakit yang dialami pasien saat ini berdasarkan keluhan utama klien.

Biasanya pada pasien dengan infeksi luka operasi mengeluhkan nyeri dan tanda-tanda infeksi lainnya.

d. Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat penyakit terdahulu yang pernah dialami pasien. Biasanya pada pasien dengan infeksi luka operasi mengalami penyakit yang dilakukannya pembedahan sehingga menyebabkan bekas luka operasi.

e. Pengobatan yang lalu dan riwayat alergi

Pengobatan apa yang dilakukan oleh pasien pada waktu lalu dan adakah riwayat alergi

f. Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga kita tanyakan apakah ada keluarga klien yang mengalami sakit seperti klien.

g. Riwayat psikososial

Biasanya pada pasien dengan infeksi luka operasi sering mengalami tekanan atau stres

h. Pengkajian tanda-tanda vital

Pengkajian tanda-tanda vital yang paling dasar adalah tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu

i. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan head to toe dari kepala sampai kaki

Pada pemeriksaan pasien dengan infeksi luka operasi difokuskan pada pemeriksaan adanya tanda-tanda infeksi pada sekitar area operasi.

j. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk menunjang pemeriksaan fisik

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan interpretasi ilmiah atas dasar hasil pengkajian yang digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi (NANDA,2012).

Adapun diagnosa yang ditegakkan dalam kasus infeksi luka operasi yaitu

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi
3. Deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan
4. Hipertemi berhubungan dengan adanya infeksi luka operasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan perencanaan yang dilakukan setelah perawat mengumpulkan data pada awal pasien masuk.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi

Goal : pasien akan bebas dari nyeri selama dalam keperawatan

Objektif : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan bebas dari nyeri dengan kriteri hasil :

- Skala nyeri 0
- Pasien mengatakan nyeri berkurang
- Pasien tidak meringis
- Pasien tampak tenang dan
- Tanda – tanda vital dalam batas normal

Intervensinya :

1. Kaji nyeri yang dialami pasien (meliputi pengkajian P,Q,R,S,T)
R : mengetahui tingkat nyeri pasien
 2. Bantu klien mendapatkan posisi yang nyaman
R: menurunkan ketegangan atau spasme otak
 3. Ajarkan pasien tehnik relaksasi dan distraksi mengurangi nyeri
R: mengurangi nyeri pada pasien
 4. Lakukan tindakan kenyamanan untuk meningkatkan relaksasi, misal pemijatan, mandi, mengatur posisi klien
R : mengurangi ketegangan pada pasien
 5. Kolaborasi pemberian terapi analgetik
R: mempercepat penyembuhan penyakit
- b. Deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan
- Goal : pasien akan meningkatkan deficit perawatan diri mandi selama dalam perawatan
- Objektif : dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan
- Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi
 - Bebas dari bau badan
 - Pasien tampak bersih dan segar
 - Kuku tangan dan kaki bersih
 - Pakaian pasien nampak bersih
1. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri
R : membantu pasien mencapai tingkat fungsional tertinggi sesuai kemampuannya
 2. Pantau pelaksanaan mandi dan hygiene setiap hari, tetapkan tujuan mandi
R : penguatan dan penghargaan akan mendorong pasien untuk terus berusaha
 3. Sediakan alat bantu seperti alat mandi untuk mandi dan hygiene, ajarkan penggunaannya
R: alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian
 4. Berikan waktu yg cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan hygiene
R: ketergesa-gesaan menimbulkan stres yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan

5. Dorong pasien untuk mencapai tujuan mandi dan hygiene
R: penguatan dan penghargaan dapat mendorong aktivitas sehari-hari
 6. Ajarkan pasien tentang langkah-langkah mandi dan hygiene, gunakan instruksi sederhana
R: agar pasien mudah mengerti
 7. Bantu saat mandi dan hygiene setiap hari hanya bila pasien mengalami kesulitan
R: mendorong kemandirian dan kepercayaan diri klien
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi
- Goal : pasien akan meningkatkan integritas kulit selama dalam perawatan
- Objektif : dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan
- Melaporkan peningkatan kenyamanan
 - Luka operasi klien bersih
 - Tidak ada nanah dan bengkak serta kemerahan
1. Bantu pasien dalam melakukan tindakan hygiene dan kenyamanan
R: meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan
 2. Pertahankan kondisi lingkungan yang nyaman
R: lingkungan yang nyaman meningkatkan kesejahteraan pasien
 3. Gunakan bantalan penyangga
R: untuk melindungi lesi pasien dari seprei
 4. Bantu pasien dalam perawatan luka operasi
R: mempercepat penyembuhan luka
 5. Peringatkan agar tidak menyentuh luka atau balutan
R: mencegah kemungkinan infeksi
 6. Atur posisi klien sehingga nyaman, ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam
R: mengurangi tekanan, meningkatkan sirkulasi
 7. Kolaborasi pemberian analgesik
R: mempercepat penyembuhan
- d. Hipertermi berhubungan dengan tanda-tanda infeksi
- Goal : pasien akan bebas dari hipertemi selama dalam perawatan
- Objektif : dalam jangka waktu 2 x 24 jam pasien akan menunjukkan
- suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5C)
 - pasien merasa nyaman

- tidak ada kejang
1. Ukur suhu tubuh pasien setiap 4 jam atau lebih sering bila diindikasikan
R: untuk mengevaluasi keefektifan intervensi
 2. Berikan antipirek sesuai anjuran,
R: untuk menurunkan demam
 3. Turunkan panas yang berlebihan dengan melepas selimut dan pasang kain sebatas pinggang , berikan kompres dingin pada aksila dan lipatan paha
R: meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh
 4. Anjurkan pasien untuk minum air putih yang banyak
R: penggunaan cara tersebut memfasilitasi hidrasi yang adekuat
 5. Kolaborasi pemberian terapi
R: mempercepat penurunan suhu tubuh

2.2.4 Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan harus disesuaikan dengan intervensi yang telah di rencanakan untuk dicapai. Implementasi keperawatan adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai hasil yg diinginkan dari goal yang telah ditetapkan untuk pasien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi adalah proses yang sengaja dan sistematis untuk menilai kualitas, nilai, kelayakan, suatu asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan tetapi bukan merupakan akhir dari proses karena informasi yang diperoleh saat evaluasi digunakan untuk memulai siklus yg baru.

BAB 3

HASIL STUDY KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Study Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Ny. M di ruangan Edelweis RSUD. Prof.Dr. W.Z Johannes Kupang pada tanggal 25 Juni 2018, dari hasil pengkajian ditemukan identitas pasien yaitu nama pasien Ny. M umur 47 tahun, suku timor, agama katolik, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pasien ibu rumah tangga, pasien berdomisili di Kefa. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 22 Juni 2018 dengan keluhan terdapat infeksi pada luka operasi, dengan tanda-tanda infeksi adanya kemerahan, panas, banyaknya pus dan berbau. Pasien mengatakan nyeri akan berkurang jika pasien hanya berbaring dan tidak menggerakkan badannya, sebaliknya jika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan dan bekerja.

Pasien mengatakan pada awalnya ia mengalami perdarahan hebat tetapi pasien tidak melakukan pemeriksaan di rumah sakit melainkan pasien mengonsumsi ramuan tradisional, namun ramuan yang ia konsumsi tidak membuahkan hasil sehingga dengan inisiatifnya sendiri memeriksakan diri ke rumah sakit umum Kefa, setelah dilakukan pemeriksaan dokter menyarankan untuk melakukan kuret, maka dengan persetujuan keluarganya dilakukan tindakan kuret. Setelah dilakukan kuret beberapa hari kemudian terjadi pendarahan lagi yang banyak sehingga rumah sakit umum Kefa tidak mampu menangani lagi dan dirujuklah pasien ke rumah sakit umum Kupang pada tanggal 09 Mei 2018. Setelah menjalani perawatan dan pemeriksaan di rumah sakit umum Kupang, dokter menyarankan pada pasien untuk melakukan tindakan operasi pengangkatan kandungan karena terjadi perdarahan secara terus-menerus.

Dengan adanya persetujuan dari keluarga maka pada tanggal 13 juni 2018 dilakukan operasi pengangkatan kandungan, setelah beberapa hari menjalani perawatan, pasien diperbolehkan pulang,. Tetapi pada tanggal 21 Juni 2018 pasien merasakan nyeri pada luka operasi dan terdapat tanda-tanada infeksi, sehingga keluarga pasien membawa pasien kembali ke rumah sakit umum Kupang untuk menjalani perawatan dan penjahitan ulang luka operasi. Pasien mengatakan dalam

keluarganya ada yang menderita sakit seperti pasien yaitu ibunya sendiri dan menyebabkan ibunya meninggal.

Pasien mengatakan merasa stres akan penyakit yang dialaminya dan ia hanya berdoa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa agar selalu diberi ketabahan dalam menjalani hidupnya. Pasien mengatakan pola nutrisinya baik, pasien makan 3 x sehari dan makanan yang dikonsumsi didapat dari rumah sakit.

Pasien mengatakan agama yang dianutnya katolik dan pasien sangat taat dan selalu rajin serta mengikuti kegiatan-kegiatan di gereja seperti rosario dan latihan koor. Pasien mengatakan kesehatan reproduksi itu sangatlah penting, dan harus selalu rajin membersihkan daerah kewanitaan setiap hari dan mengganti celana alas pada pagi dan sore.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak lemah dan pucat, pada kepala diinspeksi rambut pasien tampak kotor sudah 3 minggu tidak keramas, dan rambut pasien juga mudah rontok. Saat dipalpasi tidak adanya massa, pada pemeriksaan mata diinspeksi kelopak mata tidak adanya pembengkakan pada mata, konjungtiva pasien tampak pucat, sklera pasien tampak berwarna putih. Pada hidung tidak ada reaksi alergi, bentuk hidung simetris tidak ada polip dan pada pemeriksaan sinus tidak ditemukannya adanya nyeri. Pada mulut dan tenggorokan didapatkan bibir pasien pucat, tidak ada kesulitan dalam menelan dan tidak ada massa atau sariawan pada mulut pasien. Sedangkan pada dada, dan aksila didapatkan mammae pasien simetris dan tidak membesar, tidak ada benjolan. Jalan napas pasien normal, kecepatan denyut nadi apikal 60 x/m, dan tidak ada sakit pada dada, dan pada abdomen tampak luka operasi yang terbuka, terdapat pus dan berbau.

Pada pengkajian pasien mengatakan sering keputihan dalam jumlah yang banyak berwarna putih dan berbau, pasien mengatakan tidak melakukan pemeriksaan di rumah sakit tetapi mengonsumsi ramuan tradisional. Pasien juga tidak pernah melakukan pemeriksaan pap smear. Pada pemeriksaan didapatkan turgor kulit pasien baik, CRT <2 detik, warna kulit pucat.

Sedangkan pada pemeriksaan penunjang didapatkan hemoglobin 7,3 sedangkan nilai normalnya 13,0-18,0, eritrosi 3,3 sedangkan nilai normal 4,50-6,20, hematokrit 23,8 sedangkan nilai normalnya 40,0-54,0, MCV 71,5, nilai normalnya 81,0-96,0,

netrofil 74,8 sedangkan nilai normal 50-70, limfosit 17,3. Sedangkan nilai normal 20-40, albumin 3,3. Pengobatan yang diberikan pada pasien yaitu ceftriaxone 2 x 1 gr/iv, metronidazole 3 x 500 /iv, ketorolak 1 amp dan juga melakukan tindakan perawatan luka.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah mahasiswa mendapatkan data-data yang mendukung maka mahasiswa menegakkan diagnosa keperawatan yaitu

1. Analisa untuk diagnosa pertama data subyektifnya yaitu pasien mengatakan terdapat infeksi pada luka operasi pasien di perut bagian bawah, terasa panas dan terbakar. Data obyektifnya yaitu pada luka operasi terdapat nanah yang banyak, berbau, kemerahan dan bengkak. Dari data-data tersebut dirumuskan diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi.
2. Analisa untuk diagnosa kedua data subyektifnya pasien mengatakan terasa nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti panas dan terbakar, nyeri tidak menyebar dan nyeri dirasakan terus-menerus, skala nyeri 6, data obyektifnya pasien tampak meringis menahan sakit, wajah tampak pucat dan lemah, TD: 160/80 mmHg, Nadi 100 x/m, RR: 21 x/m, S: 36,8C. Dari data-data tersebut dirumuskan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.
3. Analisa data untuk diagnosa ketiga data subyektifnya pasien mengatakan belum mandi sejak kemarin, dan pasien tidak mampu melakukan aktivitas mandi sendiri, data obyektifnya pasien tampak kotor, pakaian pasien kotor, kuku tangan dan kaki pasien kotor. Dari data-data tersebut dirumuskan diagnosa keperawatan deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan.

3.1.3 Rencana Perawatan

Dalam rencana keperawatan, peneliti menetapkan goal, Objektif, rencana intervensi dan rasional, rencana intervensi yang dibuat yaitu:

1. Diagnosa pertama adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi dipilih menjadi prioritas pertama karena dapat mengancam nyawa, maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu meningkatkan integritas kulit selama dalam perawatan, dan obyektif dari

diagnosa pertama yaitu dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil luka operasi klien bersih, tidak ada pus/nanah, tidak berbau, tidak kemerahan dan bengkak dan pasien merasa lebih nyaman. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu lakukan pengkajian pada kulit pasien pada area luka operasi, rasionalnya deteksi dini terhadap perubahan kulit dapat mencegah atau meminimalkan kerusakan kulit, lakukan perawatan luka operasi pasien rasionalnya mempercepat penyembuhan luka pasien, atur posisi pasien agar nyaman, rasionalnya meningkatkan rasa sejahtera pasien .ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam rasionalnya mengurangi tekanan pada jaringan dan meningkatkan sirkulasi dan mencegah kerusakan kulit, kolaborasi pemberian analgetik (ceftriaxone 2 x1 gr/iv) mempercepat penyembuhan luka.

2. Diagnosa kedua adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi dipilih menjadi prioritas kedua maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan, objektifnya dari diagnosa kedua yaitu dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan bebas dari nyeri dengan kriteria hasil skala nyeri pasien 0, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tidak meringis, tampak tenang dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu kaji nyeri yang dialami pasien (meliputi pengkajian PQRST), rasionalnya mengetahui tingkat nyeri pasien, bantu klien mendapatkan posisi yang nyaman rasionalnya menurunkan ketegangan atau spasme otot, ajarkan pasien tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik distraksi, rasionalnya mengurangi nyeri pasien, kolaborasi pemberian terapi analgetik ketorolak 1 amp rasionalnya mengurangi rasa nyeri.
3. Diagnosa ketiga adalah deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan menjadi prioritas ketiga maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan deficit perawatan diri mandi selama dalam perawatan, objektifnya dari diagnosa ketiga yaitu dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan kriteria hasil kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi, bebas dari bau badan, pasien tampak bersih, segar, pakaian tampak bersih, kuku tangan dan kaki nampak bersih. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa deficit perawatan diri mandi berhubungan

dengan kelemahan yaitu bantu memandikan pasien, memotong kuku tangan dan kaki, membantu pasien mengganti pakaian, rasionalnya agar pasien mendapatkan kenyamanan, berikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan hygiene rasionalnya ketergesa-gesaan menimbulkan stres yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan, sediakan alat bantu seperti alat mandi untuk mandi dan hygiene, ajarkan penggunaannya rasionalnya alat bantu yang tepat meningkatkan kemandirian.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

1. Tanggal 26 Juni dilakukan implementasi :

- a. Diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu jam 11.00 melakukan pengkajian pada luka operasi pasien, melakukan perawatan luka pasien dengan menggunakan cairan NaCl, mengatur posisi pasien agar nyaman, dan pada jam 12.00 melayani terapi ceftriaxone 2 x 1gr/iv. Jam 13.00 melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- b. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi yaitu pada jam 10.00 mengkaji keluhan nyeri yang dirasakan klien menggunakan pengkajian PQRST, mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam pada pasien, mengajarkan pasien tehnik distraksi pada pasien, mengatur posisi pasien agar nyaman, mengukur tanda-tanda vital pasien dan pada jam 12.00 melayani terapi analgetik ketorolak 1 amp. Jam 13.00 melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- c. Diagnosa ketiga deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan yaitu jam 08.00 membantu memandikan pasien, membantu memotong kuku tangan dan kaki pasien, membantu mengganti pakaian pasien, menganjurkan pasien untuk beristirahat. Jam 10.00 melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

2. Tanggal 27 Juni dilakukan implementasi :

- a. Diagnosa pertama yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu jam 11.00 melakukan pengkajian pada luka operasi pasien, melakukan perawatan luka pasien menggunakan cairan NaCl, mengatur posisi

pasien agar nyaman, dan pada jam 12.00 melayani terapi metrinidazole 3 x 500 /iv. Jam 13.00 melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

- b. Diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi yaitu pada jam 09.00 mengkaji ulang tingkat nyeri pasien, mengatur posisi pasien agar nyaman, mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik distraksi, mengukur tanda-tanda vital pasien dan jam 12.00 melayani terapi ketorolak 1 amp. Jam 13.00 melakukan evaluasi pada tindakan yang telah dilakukan.
- c. Diagnosa ketiga yaitu deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan yaitu pada jam 08.00 membantu memandikan pasien, membantu mencuci rambut pasien, membantu mengganti pakaian pasien, dan mengatur posisi pasien agar nyaman. Jam 10.00 melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan.

3. Tanggal 28 Juni dilakukan implementasi :

- a. Diagnosa pertama yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu pada jam 11.00 melakukan pengkajian pada luka operasi pasien, melakukan perawatan luka pasien dengan cairan NacL, mengatur posisi pasien agar nyaman, dan pada jam 12.00 melayani terapi ceftriaxone 2 x 1gr/iv. Jam 13.00 melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan
- b. Diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi yaitu pada jam 09.00 mengkaji ulang tingkat nyeri pasien, mengatur posisi pasien agar nyaman, mengajarkan pasien tehnik relaksasi napas dalam, mengajarkan pasien tehnik distraksi, mengukur tanda-tanda vital pasien dan pada jam 12.00 melayani terapi ketorolak 1 amp. Jam 13.00 melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan.
- c. Diagnosa ketiga yaitu deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan yaitu pada jam 08.00 membantu memandikan pasien, membantu mengganti pakaian pasien, mengatur posisi pasien agar nyaman dan menganjurkan pasien untuk beristirahat. Jam 10.00 melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi pertama pada tanggal 26 juni 2018

- a. Diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu
S: Pasien mengatakan merasa kurang nyaman
O: luka pasien tampak bersih, masih ada pus/nanah, tidak ada bau, masih ada pembengkakan.
A: masalah belum teratasi
P: intervensi dilanjutkan no 1-5
- b. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu:
S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri
O: Skala nyeri 6, wajah pasien tampak pucat, TD; 150/80 mmHg, Nadi 92 x/m, RR: 19 x/m, suhu : 36,7C
A: masalah belum teratasi
P: intervensi dilanjutkan no 1-5
- c. Diagnosa ketiga deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan yaitu:
S: Pasien mengatakan merasa lebih segar
O: Pasien tampak bersih, kuku tangan dan kaki pasien bersih, pakaian klien bersih,
A: masalah teratasi
P: intervensi dipertahankan no 1-4.

2. Evaluasi kedua pada tanggal 27 Juni 2018

- a. Diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu :

S: Pasien mengatakan merasa kurang nyaman

O: Luka pasien bersih, terdapat pus/nanah, ada kemerahan dan bengkak

A: masalah belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan no 1-5

b. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu :

S: Pasien mengatakan masih nyeri

O: skala nyeri 6, wajah pasien tampak pucat, TD; 150/80 mmHg, nadi 92 x/m, RR: 19 x/m, suhu 36,7C

A: masalah belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan no 1-5

c. Diagnosa ketiga deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan

S: pasien mengatakan merasa lebih segar

O: pasien tampak bersih, pakaian pasien bersih, kuku tangan dan kaki bersih

A: masalah teratasi

P: intervensi dipertahankan

3. Evalausi ketiga pada tanggal 28 juni 2018

a. Diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu:

S: pasien mengatakan merasa lebih nyaman

O: luka pasien tampak bersih, tidak ada pus /nanah, ukuran luka berkurang, tidak ada bengkak

A: masalah teratasi sebagian

P: intervensi dilanjutkan no 1-5

b. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi yaitu

S: pasien mengatakan nyeri berkurang

O: skala nyeri 2, pasien tidak tampak meringis, TD: 150/60 mmHg, Nadi 100 x/m, RR 19 x/m, suhu 36,7C

A: masalah teratasi

P: intervensi dipertahankan

c. Diagnosa ketiga deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

S: Pasien mengatakan merasa lebih segar

O: Pasien tampak bersih, pakaian pasien bersih

A: masalah teratasi

P: intervensi dipertahankan

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien Ny,.M di ruangan Edelweis RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. Kegiatan yang dilakukan oleh peneliti adalah melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa, menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

- a. Pengkajian pada diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu kerusakan integritas kulit adalah kondisi dimana individu mengalami atau berisiko mengalami perubahan atau gangguan epidermis dan dermis pada kulit (NANDA 2012).

Pada Ny. M setelah dilakukan pengkajian ditemukan infeksi pada luka operasi pasien dan terdapat tanda-tnda infeksi pada pasien yaitu terdapat nanah, ada kemerahan, bengkak dan berbau. Pada Ny. M setelah dilakukan pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dilapangan karena berdasarkan teori dan hasil pemeriksaan kerusakan integritas kulit terjadi karena adanya infeksi pada luka operasi pasien dan pasien juga kurang memahami tentang perawatan luka.

- b. Pengkajian pada diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi yaitu menurut Potter dan Perry, 2012 Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan pengkajian P,Q,R,S,T karena dianggap lebih akurat dan lebih tepat. Hal ini ditambahkan oleh Smeltzer dan Barel dalam penelitiannya tahun 2002 tentang keefektifan pengkajian yang dilakukan dengan menggunakan metode pengkajian P,Q,R,S,T lebih efektif dan akurat karena lebih mempermudah pengumpulan data seperti apa yang menimbulkan dan mencetuskan terjadinya nyeri. Apakah nyeri bersifat tumpul, tajam, tertekan, didalam/ permukaan. Apakah pernah merasakan nyeri seperti itu sebelumnya. Apakah menyebar ke bagian tubuh yang lain. Apa yang menambah atau memperburuk nyeri. Seberapa parah nyeri

dirasakan (skala nyeri), apakah disertai dengan gejala seperti (mual, muntah, diaphoresis, pucat, napas pendek, sesak, tanda-tanda vital yang abnormal). Kapan dimulai nyeri dan berapa lama. Apakah nyeri dirasakan terus-menerus atau kadang-kadang, nyeri biasanya muncul tiba-tiba atau bertahap.

Pada Ny. M setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 25 juni 2018 menggunakan pengkajian P,Q,R,S,T hasil yang didapatkan adalah sebagai berikut : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut bagian bawah, nyeri dirasakan panas seperti terbakar, nyeri tidak menyebar hanya dirasakan pada perut bagian bawah, nyeri terjadi terus-menerus, skala nyerinya 6 dan nyeri akan bertambah parah jika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan dan bekerja.

Dari hasil study kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian dengan menggunakan P,Q,R,S,T pada teori mampu diterapkan pada praktek nyata dan dinilai sangat efektif dengan hasil yang diperoleh

- c. Pengkajian pada diagnosa ketiga yaitu deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan yaitu Menurut NANDA.2012 deficit perawatan diri mandi adalah hambatan kemampuan dari klien untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas mandi/ tidak mampu mandi sendiri.

Pada pengkajian Ny. M didapatkan keadaan pasien tampak kotor, kuku tangan dan kaki pasien tampak kotor, pakaian pasien kotor dan pasien belum mandi sejak kemarin. Dari hasil study kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian sesuai dengan teori yang ada yaitu didapatkan pasien tampak kotor dan belum mandi sejak kemarin

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

. Menurut Taylor dan Ralp (2013) diagnosa pada kasus dengan infeksi luka operasi antara lain 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi 3) Deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan 4) Hipertermi berhubungan dengan infeksi luka operasi.

Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan pada Ny. M di ruang edelweis RSUD.Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang didapatkan 3 diagnosa keperawatan pada kasus infeksi luka operasi pada Ny. M yaitu

1. Diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yang ditandai dengan terdapat infeksi pada luka pasien, luka tampak bernanah, bau dan bengkak.
2. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi ditandai dengan nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan panas dan terbakar, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan terus-menerus, skala nyeri 6.
3. Diagnosa ketiga yaitu deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien tidak mampu mandi sendiri, pasien belum mandi sejak kemarin.

Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan pada Ny. M pada tanggal 25 juni 2018 tidak ditemukan diagnosa keperawatan 1) Hipertermi berhubungan dengan infeksi luka operasi. Dalam hal ini pada kasus Ny. M ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada saat dilakukan pengkajian klien telah dirawat pada hari ke empat dan klien dalam tahap pemulihan serta klien tidak menunjukkan terjadinya peningkatan suhu atau hipertermi..

Menurut (Potter dan Perry,2005) diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus infeksi luka operasi harus berdasarkan keluhan utama klien pada saat dilakukan pengkajian dan bila pasien dalam masa pemulihan maka masalah yang tidak begitu kompleks sesuai yang diharapkan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

- a. Intervensi keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu meningkatkan integritas kulit selama dalam perawatan, dan obyektif dari diagnosa pertama yaitu dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil luka operasi klien bersih, tidak ada pus/nanah, tidak berbau, tidak kemerahan dan bengkak dan pasien merasa lebih nyaman. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu lakukan pengkajian pada kulit pasien pada area luka operasi, rasionalnya deteksi dini terhadap

perubahan kulit dapat mencegah atau meminimalkan kerusakan kulit, lakukan perawatan luka operasi pasien rasionalnya mempercepat penyembuhan luka pasien, atur posisi pasien agar nyaman, rasionalnya meningkatkan rasa sejahtera pasien .ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam rasionalnya mengurangi tekanan pada jaringan dan meningkatkan sirkulasi dan mencegah kerusakan kulit, kolaborasi pemberian analgetik (ceftriaxone 2 x1 gr/iv) mempercepat penyembuhan luka. Dari hasil perencanaan tindakan yang akan dilakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena rencana yang telah dibuat mampu diterapkan pada pasien dan dinilai sangat efektif.

- b. Intervensi keperawatan pada Ny, M dengan diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan, objektifnya dari diagnosa kedua yaitu dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan bebas dari nyeri dengan kriteria hasil skala nyeri pasien 0, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tidak meringis, tampak tenang dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu kaji nyeri yang dialami pasien (meliputi pengkajian PQRST), rasionalnya mengetahui tingkat nyeri pasien, bantu klien mendapatkan posisi yang nyaman rasionalnya menurunkan ketegangan atau spasme otot, ajarkan pasien tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik distraksi, rasionalnya mengurangi nyeri pasien, kolaborasi pemberian terapi analgetik ketorolak 1 amp rasionalnya mengurangi rasa nyeri. Dari hasil perencanaan tindakan yang akan dilakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena rencana yang telah dibuat mampu diterapkan pada pasien dan dinilai sangat efektif
- c. Intervensi pada Ny.M dengan diagnosa ketiga deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan deficit perawatan diri mandi selama dalam perawatan, objektifnya dari diagnosa ketiga yaitu dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan kriteri hasil kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi, bebas dari bau badan, pasien tampak bersih, segar, pakaian tampak bersih, kuku tangan dan kaki nampak bersih. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa deficit perawatan diri mandi berhubungan

dengan kelemahan yaitu bantu memandikan pasien, memotong kuku tangan dan kaki, membantu pasien mengganti pakaian, rasionalnya agar pasien mendapatkan kenyamanan, berikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan hygiene rasionalnya ketergesa-gesaan menimbulkan stres yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan, sediakan alat bantu seperti alat mandi untuk mandi dan hygiene, ajarkan penggunaannya rasionalnya alat bantu yang tepat meningkatkan kemandirian. Dari hasil perencanaan tindakan yang akan dilakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena rencana yang telah dibuat mampu diterapkan pada pasien dan dinilai sangat efektif

3.2.4 Implementasi Keperawatan

- a. Implementasi pada diagnosa pertama yaitu Diagnosa pertama kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi yaitu jam 11.00 melakukan pengkajian pada luka operasi pasien, melakukan perawatan luka pasien dengan menggunakan cairan NaCl, mengatur posisi pasien agar nyaman, dan pada jam 12.00 melayani terapi ceftriaxone 2 x 1gr/iv. Jam 13.00 melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan. Implementasi yang dilakukan ada kesenjangan antara konsep teori yang ada dengan kenyataan di lapangan. Dimana setiap intervensi yang dibuat tidak semua diimplementasikan di ruangan, karena ada keterbatasan perawat dan banyaknya pasien sehingga perawat tidak mampu melakukan semua implementasi
- b. Implementasi pada diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yaitu pada jam 10.00 mengkaji keluhan nyeri yang dirasakan klien menggunakan pengkajian PQRST, mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam pada pasien, mengajarkan pasien tehnik distraksi, mengatur posisi pasien agar nyaman, mengukur tanda-tanda vital pasien dan pada jam 12.00 melayani terapi analgetik ketorolak 1 amp. Jam 13.00 melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan. Implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena implementasi sesuai dengan rencana yang dibuat.
- c. Implementasi pada diagnosa ketiga deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan yaitu jam 08.00 membantu memandikan pasien, membantu memotong kuku tangan dan kaki pasien, membantu mengganti pakaian pasien, menganjurkan pasien untuk beristirahat. Jam 10.00 melakukan evaluasi tindakan

yang telah dilakukan. Implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek nyata karena implementasi sesuai dengan rencana yang dibuat

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menurut Potter & Perry (2005) yaitu membandingkan data subjek dan objektif yang dikumpulkan dari pasien, perawat lain dan keluarga untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan yang ditetapkan selama perencanaan

Dari hasil tindakan yang telah dilakukan selama 3 hari, kemudian dilakukan evaluasi pada setiap diagnosa. Evaluasi pada diagnosa pertama yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu meningkatkan integritas kulit selama dalam perawatan, dan obyektif dari diagnosa pertama yaitu dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil luka operasi klien bersih, tidak ada pus/nanah, tidak berbau, tidak kemerahan dan bengkak dan pasien merasa lebih nyaman. Dari evaluasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Pada kasus Ny M evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi. Dan setelah dilakukan 3 hari perawatan, hasil yang ditemukan adalah sudah tercapai.

Evaluasi untuk diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan, obyektifnya dari diagnosa kedua yaitu dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan bebas dari nyeri dengan kriteria hasil skala nyeri pasien 0, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tidak meringis, tampak tenang dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada kasus Ny.M evaluasi yang dilakukan sesuai dengan teori yang ada karena evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi dan hasil yang ditemukan sudah tercapai.

Evaluasi untuk diagnosa ketiga yaitu deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan deficit perawatan diri mandi selama dalam perawatan, obyektifnya dari diagnosa ketiga yaitu dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan kriteria

hasil kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi, bebas dari bau badan, pasien tampak bersih, segar, pakaian tampak bersih, kuku tangan dan kaki nampak bersih. Pada kasus Ny. M evaluasi dilakukan sesuai dengan implementasi dan hasil yang didapat sudah tercapai.

3.3 Keterbatasan Penulis

1. Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam membuat laporan study kasus ini membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena waktu yang singkat sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

2. Hasil

Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa laporan study kasus ini masih jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang singkat maka hasil yang diperoleh masih jauh dari kesempurnaan dan masih membutuhkan pembenahan dan perbaikan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Infeksi luka operasi merupakan infeksi yang ada pada tempat operasi dan merupakan infeksi dimana organisme patogen berkembang di suatu luka yang menyebabkan tanda dan gejala lokal seperti adanya panas, kemerahan, nyeri, bengkak dan terdapatnya pus disekitar luka operasi dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi.

Penyebab infeksi luka operasi yaitu mikroorganisme patogen, bakteri, virus dan fungi sering juga disebabkan oleh bakteri yang berasal dari pasien itu sendiri. Pasien rawat inap juga sering mendapatkan bakteri di rumah sakit yaitu pseudomonas sp. Bakteri ini bisa berasal dari pasien lain melalui petugas rumah sakit, kontak tidak langsung menyebar melalui tangan petugas rumah sakit.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan kepada pasien Ny. M ditemukan 3 diagnosa yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan insisi operasi 2) kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi dan 3) deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan.

Menurut Taylor dan Ralp diagnosa pada klien dengan infeksi luka operasi ada empat diagnosa yaitu salah satunya hipertemi berhubungan dengan infeksi luka operasi, tetapi pada pengkajian tidak ditemukannya data-data mengenai diagnosa hipertemi, sehingga ini yang menjadi kesenjangan anatara teori dan kenyataan. Dikarenakan pada pengkajian klien sudah menjalani perawatan di rumah sakit pada hari ke empat dan pasien dalam maa pemulihan sehingga tidak ditemukannya keluhan atau suhu tubuh yang tinggi pada pasien.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat Ruangan

Disarankan untuk selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

4.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Disarankan agar selalu menjalani perawatan dan pengobatan dengan teratur baik bersifat farmakologi dan non farmakologi agar cepat penyembuhannya.

DAFTAR PUSTAKA

Potter dan Perry.2005.*Buku Ajar Fundamental Keperawatan*.Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Barbara dan Billie.2005.*Keperawatan Perioperatif*.Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Brunner dan Suddarth.2001.*Keperawatan Medikal Bedah*.EGC : Jakarta

Taylor dan Ralph.2013.*Diagnosis Keperawatan*.Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Nanda.2012-2014.*Definisi dan Klasifikasi*.Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Hidayat Alimul Aziz.2007.*Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*.Salemba Medika : Jakarta

Smeltzer dan Barel.2002.*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.EGC : Jakarta

Iwan Shalahudin.2008.*Fundamnetal Keperawatan*. EGC : Jakarta

[www.academia.edu/07/07/2018 08:30](http://www.academia.edu/07/07/2018_08:30) *Infeksi Luka Operasi*.Aryo Pandu



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : INGGRID - NAPAN. NATUN
NIM : PD.530320115025
NAMA PEMBIMBING : NATALIA DEBI SUBANI. Skep. Mbs. Mkes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 02/07/18	Perbaikan pendahuluan, tinjauan teori, dan pembahasan.	
2.	Selasa, 03/07/18	Perbaikan Bab I - Bab IV	
3.	Kamis, 05/07/18	Perbaikan latar belakang, dan pembahasan	
4.	Jumat, 06/07/18	Perbaikan latar belakang dan pembahasan	

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG

KEPERAWATAN MATERNITAS

Nama mahasiswa : Ingrid Natun

Tanggal masuk : 22-06-2018

Ruang/kelas : Edelweis 2

Pengkajian tgl : 25-06-2018

Jam masuk : 16.30

A. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien : Ny. M I. L

Umur : 47 th

Suku/Bangsa : Timor

Agama : Katolik

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Kefa

Status perkawinan: Menikah

Diagnosa medik : Post histerektomi + infeksi luka operasi

Nama suami : Tn. W. B

Umur : 51 th

Suku/bangsa : Timor

Agama : Katolik

Pekerjaan : PNS

Pendidikan : S1

Alamat : Kefa

1. Alasan kunjungan atau keluhan utama

Pasien mengatakan terdapat infeksi pada luka operasi

2. Status kesehatan atau penyakit saat ini

a. Gejala yang dirasakan

Gejala awal

Terasa nyeri pada luka operasi rasa seperti terbakar dan panas, nyeri terjadi terus-menerus, skala nyeri 6, terdapat infeksi pada luka operasi dan banyaknya pus

Timbulnya gejala

1. Faktor yang memperbaiki gejala

Pasien hanya duduk atau berbaring dan tidak menggerakkan badannya dirasakan nyeri berkurang

2. Faktor yg memperburuk gejala

Ketika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan akan memperparah nyerinya

Deskripsi gejala

1. Lokasi : Nyeri dirasakan pada perut bagian bawah
2. Kualitas : Nyeri dirasakan seperti terbakar dan panas
3. Kuantitas : Nyeri dirasakan secara terus-menerus, skala nyeri 6

B. RIWAYAT GINEKOLOGI

1. Karakteristik menstruasi :
2. Menarche : 12 thn
3. Periode menstruasi terakhir : Pasien mengatakan tidak mendapatkan haid lagi setelah dilakukan operasi hiserektomi pada 13 juni 2018
4. Pengalaman menstruasi : Pasien mengatakan selama ini haid yg dikeluarkan sangat banyak
5. Perdarahan tengah siklus :
6. Menopause : Pasien sudah dikatakan menopause karena tidak mendapatkan haid lagi
7. Status obstetric : G4 P4 A0 AH4

C. RIWAYAT MEDIS LALU

1. Penyakit dan pengobatan

Pasien mengatakan pada awalnya ia mengalami pendarahan tetapi pasien tidak melakukan pemeriksaan di rumah sakit melainkan pasien mengonsumsi ramuan tradisional, namun ramuan yg ia konsumsi tidak membuahkan hasil sehingga ia memeriksakan diri di RSUD Kefa, setelah diperiksa dokter menyarankan untuk melakukan kuret, setelah kuret terjadi pendarahan lagi yg banyak sehingga ia dirujuk ke rumah sakit umum kupang tgl 09 mei 2018 dan pada tanggal 13 juni dilakukan operasi pengangkatan kandungan.

2. Alergi :

Pasien tidak memiliki alergi

3. Penyakit masa kanak-kanak dan imunisasi

Pasien tidak menderita sakit serius, hanya batuk, pilek dan panas

4. Penyakit dan pembedahan sebelumnya

a. Tanggal : 13 juni 2018

b. Terapi :

c. Hasil akhir : Dilakukan operasi pengangkatan kandungan

5. Riwayat dirawat di rumah sakit sebelumnya

a. Tanggal : 09 mei 2018

b. Alasan : Operasi pengangkatan kandungan

6. Keelakaan atau cedera : -

7. Perilaku yg berisiko :

a. Gaya hidup : -

b. Konsumsi kafein : Pasien biasanya mengonsumsi kopi tetapi tidak secara rutin

c. Merokok :-

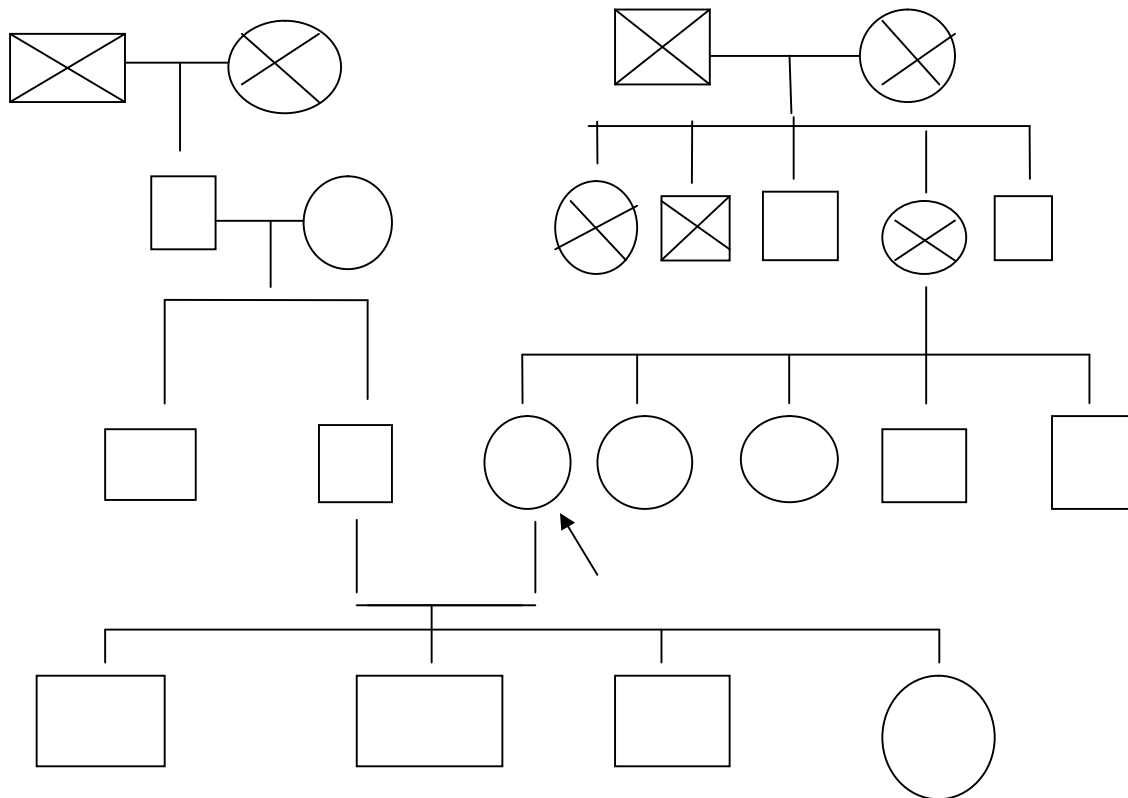
d. Alkohol : -

e. Obat-obatan :-

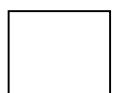
f. Praktek seks yg tidak aman :-

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

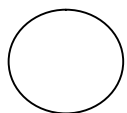
1. Penyakit keturunan : Ibu dari pasien menderita penyakit tumor
2. Penyakit saat ini dalam keluarga : pasien saat ini menderita infeksi luka operasi dan hipertensi
3. Riwayat penyakit jiwa dalam keluarga : -
4. Genogram keluarga :



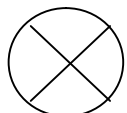
KET :



: laki-laki



: perempuan



: yang sudah meninggal



: pasien

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

1. Koping individu
 - a. Kesadaran diri dan harga diri : Pasien mengatakan sadar akan penyakit yg dialaminya dan merasa kehilangan harga diri
 - b. Penatalaksanaan stres : Pasien mengatakan stres karena penyakit yg dialaminya dan ia hanya berdoa kepada yang Maha Kuasa agar diberi ketabahan
 - c. Penyalahgunaan zat :-
2. Pola kesehatan
 - a. Nutrisi : Pasien makan teratur 3 x sehari, pasien mengonsumsi nasi makanan yg didapat dari rumah sakit, nafsu makan pasien baik
 - b. Hygiene diri : Pasien tidak bisa mandi sendiri sehingga dibantu keluarganya mandi di tempat tidur
 - c. Rekreasi : Pasien mengatakan biasa mengunjungi keluarga dekatnya
 - d. Agama : Pasien selalu aktif dalam keagamaan
 - e. Kegiatan keagamaan yg diikuti : Pasien selalu rajin gereja dan selalu aktif mengikuti latihan koor di gereja

F. PENGETAHUAN KESEHATAN

- a. Bagaimana pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi?

Ibu mengatakan kesehatan reproduksi itu sangat penting, ibu juga mengatakan harus selalu rajin membersihkan daerah kewanitaan setiap hari dan mengganti celana alas pada pagi dan sore hari
- b. Apa pendidikan kesehatan yg dibutuhkan oleh ibu?

Pendidikan kesehatan tentang reproduksi

G. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : pasien tampak lemah dan pucat
2. Head to toe
 - a. Kepala :

Inspeksi : rambut pasien tampak kotor sudah 3 minggu tidak keramas, rambut pasien juga mudah rontok

Palpasi : saat dipalpasi tidak adanya massa

- b. Mata
 - Inspeksi kelopak mata tidak adanya pembengkakan pada mata
 - Konjungtiva pasien tampak pucat
 - Sklera pasien tampak berwarna putih
- c. Hidung
 - Tidak ada reaksi alergi pada pasien, bentuk hidung simetris tidak ada polip
 - Pada pemeriksaan sinus tidak ditemukan adanya nyeri
- d. Mulut tenggorokan
 - Bibir pasien pucat, pasien tidak kesulitan dalam menelan, tidak ada massa atau sariawan pada mulut pasien
- e. Dada dan aksila
 - Mamae pasien simetris dan tidak membesar, tidak ada benjolan
 - Pernapasan :
Jalan napas normal
- f. Sirkulasi jantung
 - Kecepatan denyut apikal 60 x/m
 - Sakit dada : tidak ada nyeri pada dada
- g. Abdomen
 - Pada abdomen tampak luka operasi yang terbuka, terdapat pus
 - Ketika dipalpasi terasa sakit di area sekitar luka operasi
- h. Genitouri
 - 1. Keputihan : Pasien mengatakan keputihan sering keluar dalam jumlah banyak berwarna putih coklat dan berbau, pasien hanya mengonsumsi ramuan tradisional dirumah
 - 2. Pap smear : Pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan pap smear
- i. Ekstremitas (integumen/muskuleskeletal)
 - Turgor kulit : Turgor kulit pasien baik (CRT < 2 dtk)
 - Warna kulit pasien : pucat
 - Kesulitan dalam pergerakan : Pasien tidak dapat bergerak bebas karena akan terasa nyeri pada luka operasinya

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Hasil
22-06-218	Hemoglobin	13.0-18.0	7.3 L
	Eritrosit	4.50-6.20	3,33 L
	Hematokrit	40.0-54.0	23,8 L
	MCV	81,0-96,0	71,5 L
	MCH	27,0-36,0	24,8 L
	RDW-CV	37-54	18,0 H
	Neutrofil	50-70	74,8 H
	Limfosit	20-40	17,3 L

ASUHAN KEPERAWATAN

PASIEN NY. M DENGAN INFEKSI LUKA OPERASI

ANALISA DATA :

Data-data	Etiologi	Masalah
<p>DS : pasien mengatakan terdapat infeksi pada luka bekas operasi dan terasa panas dan nyeri</p> <p>DO : pada luka operasi pasien terdapat pus yg banyak dan berbau</p>	Infeksi luka operasi	Kerusakan integritas kulit
<p>DS : pasien mengatakan terasa nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti panas dan terbakar, nyeri tidak menyebar, nyeri terjadi terus-menerus. Skala nyeri 6</p> <p>DO : pasien tampak meringis menahan sakit, wajah pasien pucat dan lemah</p>	Agen cedera biologi	Nyeri akut

<p>TD : 160/80 mmHg</p> <p>N : 100 x/m</p> <p>RR : 21 x/m</p> <p>S : 36,8 C</p>		
<p>DS : pasien mengatakan belum mandi sejak kemarin, pasien tidak mampu mandi sendiri</p> <p>DO : pasien tampak kotor, kulit pasien kusam, kuku tampak kotor pakaian tampak kotor</p>	Kelemahan	Defisit perawatan diri

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	Tujuan	Intervensi dan Rasional
Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan infeksi luka operasi	<p>Goal : pasien akan meningkatkan integritas kulit yg baik selama dalam masa perawatan</p> <p>Objektif : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan bebas dari nyeri dengan kriteria hasil: Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada pasien yaitu tidak adanya kemerahan, panas, tidak terdapat pus dan berbau.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan R: mencegah penularan kuman 2. Lakukan perawatan luka dengan NaCl R: mempercepat penyembuhan luka 3. Atur posisi pasien agar nyaman R: mengubah tekanan dan meningkatkan sirkulasi 4. Kolaborasi pemberian analgesik R: mempercepat penyembuhan 5. Pertahankan lingkungan yang nyaman R: meningkatkan rasa sejahtera pasien
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi	<p>Goal : Pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : dalam</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (PQRST) R: mengetahui tingkatan nyeri 2. Bantu klien mendapatkan posisi yg

	<p>jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan bebas dari nyeri dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang, 2. Skala nyeri 0 3. TTV dalam batas normal 4. Nyeri dikatakan berkurang 	<p>nyaman</p> <p>R: menurunkantegangan atau spasme otak</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan pasien tehnik relaksasi dan distraksi mengalami nyeri 4. Kolaborasi pemberian terapi analgetik <p>R: mengurangi nyeri pada pasien</p> <p>R: mempercepat penyembuhan penyaki</p>
<p>Deficit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>Goal : pasien akan mempertahankan kebersihan diri selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan perawatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau pelaksana mandi dan hygiene setiap hari,tetapkan tujuan mandi 2. Sediakan alat bantu seperti alat mandi dan hygiene, ajarkan penggunaannya 3. Berikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dn hygiene <p>R: penguatan dan penghargaan akan menedorong pasien untuk tetap berusaha</p> <p>R: alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian</p> <p>R: ketergesa-gesaan menimbulkan stres</p>

	diri pasien terpenuhi	yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan
	2. Bebas dari bau dan keringat	4. Dorong pasien untuk mencapai tujuan mandi dan hygiene R: penguatan dan penghargaan dapat mendorong aktivitas sehari-hari
	3. Kuku tangan dan kaki pasien bersih	5. Ajarkan pasien langkah-langkah mandi dan hygiene R: agar pasien mudah mengerti
	4. Pakaian pasien nampak bersih	6. Bantu saat mandi dan hygiene setiap hari hanya bila pasien mengalami kesulitan R: mendorong kemandirian dan kepercayaan diri

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	Diagnosa	Implementasi (SOAPIE)	Paraf
Senin, 25/06/18	Nyeri Akut b/d insisi operasi	S: pasien mengatakan terasa nyeri pada luka operasi O: pasien tampak meringis menahan sakit A: masalah belum teratasi P: lanjutkan tindakan pada intervensi I:	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Melakukan pengkajian terhadap nyeri (PQRST) 3. Mengukur tanda-tanda vital 4. Mengatur posisi pasien agar nyaman <p>E:</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O; Pasien tampak menhan sakit</p>	
	Kerusakan integritas kulit b/d infeksi luka operasi	<p>S: Pasien mengatakn terdapat infeksi pada luka operasi</p> <p>O: pada luka terdapat pus dan bau, ada kemerahn dan begkak</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan tindakan pada</p>	

		<p>intervensi</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Melakukan perawatan luka pada pasien 3. Mengatur posisi pasien agar nyaman 4. Mengukur tanda-tanda vital pasien <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan merasa lebih nyaman</p> <p>O: luka pasien tampak bersih, tidak ada pus, ada kemerahan dan bengkak</p>	
	<p>Deficit perawatan diri mandi b/d infeksi luka operasi</p>	<p>S : pasien mengatakan belum mandi sejak kemarin</p> <p>O: pasien tampak kotor, kuku tangan dan kaki kotor, pakaian pasien kotor</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>	

		<p>P: lanjutkan tindakan pada</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian deficit perawatan diri mandi pada pasien 2. Memantau tanda-tanda vital pasien <p>E:</p> <p>S: Pasien mengatakan belum mandi sejak kemarin, pasien tidak mampu mandi sendiri</p> <p>O: pasien tampak kotor, kuku tangan dan kaki kotor, pakaian kotor</p>	
26/06/2018	Nyeri akut berhubungan dengan insisi operasi	<p>S: pasien mengatakan terasa nyeri pada luka operasi</p> <p>O: pasien tampak meringis menahan sakit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan napas dalam dan tehnik distraksi 	

		<p>2. Mengatur posisi pasien agar nyaman</p> <p>3. Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>E:</p> <p>S: Pasien mengatakan masih nyeri, skala nyeri 5</p> <p>O: pasien tampak meringis</p>	
	Kerusakan integritas kulit	<p>S: pasien mengatakan infeksi pada luka operasi</p> <p>O: luka operasi tampak ada nanah, dan pus, berbau dan kemerahan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <p>1. Mencuci tangan sebelum tindakan</p> <p>2. Melakukan perawatan luka pasien</p> <p>3. Memantau tanda-tanda vital pasien</p> <p>E:</p>	

		<p>S: pasien mengatakan luka bersih</p> <p>O: pasien tampak nyaman, luka tidak ada pus dan bau</p>	
	Deficit perawatan diri mandi	<p>S: Pasien mengatakan belum mandi sejak kemarin</p> <p>O: Pasien tampak kotor, kuku tangan dan kaki kotor, pakaian tampak kotor,</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu memnadikan pasien 2. Memotong kuku tangan dan kaki pasien 3. Membantu mengganti pakaian pasien <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan merasa lebih segar</p> <p>O: pasien tampak bersih,</p>	

27/06/18	Nyeri akut berhubungan dengan insisi operasi	<p>kuku tangan dan kaki bersih, pasien bebas dari bau badan, pakaian pasien bersih</p> <p>S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri</p> <p>O; skala nyeri 5</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien agar nyaman 2. Mengajarkan tehnik napas dalam 3. Mengajarkan tehnik distraksi 4. Kolaborasi pemberian terapi ketorolac <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O: skala nyeri 3, pasien merasa lebih nyaman</p>	
----------	--	--	--

	<p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p>S: Pasien mengatakan infeksi pada luka operasi</p> <p>O: luka tampak nanah dan bau, kemerahan dan bengkak</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum tindakan 2. Melakukan perawatan luka dengan NaCl 3. Memberikan posisi yg nyaman bagi pasien <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan merasa lebih nyaman, luka bersih</p> <p>O: tidak ada pus dan bau,</p>	
	<p>Deficit perawatan diri mandi</p>	<p>S: pasien mengatakan merasa gerah, karena belum</p>	

		<p>mandi</p> <p>O: pasien tampak kurang segar, dan bau keringat</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu memandikan pasien 2. Memotong kuku tangan dan kaki pasien 3. Membantu mengenakan pakaian pasien <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan merasa segar</p> <p>O: pasien bebas dari bau badan, pakaian bersih dan tampak lebih segar</p>	
28/06/18	Nyeri akut	<p>S: pasien mengatakan masih terasa nyeri</p> <p>O: pasien tampak meringi menahan sakit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>	

		<p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi napas dalam 2. Menganjurkan pasien tehnik distraksi 3. Mengatur posisi pasien agar nyaman <p>E:</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri dirasakan berkurang, skala nyeri 2,</p> <p>O: pasien tampak lebih nyaman, dan tidak mereingis menahan sakit</p>	
	Kerusakan integritas kulit	<p>S; pasien mengatakan terdapat infeksi pada luka operasi</p> <p>O: luka tampak bau dan bernanah,</p>	

		<p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu merawat luka pasien 2. Mengatur posisi pasien agar nyaman 3. Memantau tanda-tanda vital 4. Melayani terapi ceftriaxone <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan luka lebih bersih</p> <p>O: tidak ada nanah, dan bau. Kemerahan dan bengkak</p>	
	Deficit perawatan diri	<p>S: pasien mengatakan merasa kurang segar,</p> <p>O: pasien tampak kotor, tercium bau badan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. membantu memandikan 	

		<p>pasien</p> <p>2. membersihkan gigi dan mulut pasien</p> <p>3. membantu pasien mengganti pakaian</p> <p>E:</p> <p>S: pasien mengatakan merasa segar,</p> <p>O: pasien tampak bersih, tidak ada bau badan, pakaian pasien bersih.</p>	
--	--	--	--